FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 Mai 1907, à 1 heure

PAR

Robert BORDE
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LES
RELATIONS EXISTANT
ENTRE LA
Maladie de Dercum et l'Adipose Simple

Président : M. RAYMOND, *professeur*
Juges MM. DEBOVE, *professeur*
DUPRÉ, *agrégé*
JEANSELME, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE
15, RUE RACINE, 15

1907

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553013_0051

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS 241

Année 1907 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 Mai 1907, à 1 heure

PAR

Robert BORDE
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES

RELATIONS EXISTANT

ENTRE LA

Maladie de Dercum et l'Adipose Simple

Président : M. RAYMOND, *professeur*

Juges
MM. DEBOVE, *professeur*
DUPRÉ, *agrégé*
JEANSELME, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE
15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER BERGER RECLUS
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	N... PINARD
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef des travaux anat.
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	TEISSIER
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MARION	THIROLOIX
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CLAUDE	LABBE	MERY	WALLICH
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FIANCÉE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

Professeur de Clinique des maladies du système
nerveux à la Salpêtrière.
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

A la veille de terminer nos études médicales, nous nous faisons un devoir de venir remercier tous ceux qui ont été nos maîtres dans les hôpitaux ; tous ceux qui ont bien voulu nous éclairer de leurs précieux conseils au chevet des malades.

C'est d'abord M. le professeur Raymond qui nous fait le très grand honneur de présider notre thèse ; nous lui en sommes très reconnaissant, et nous l'assurons ici de toute notre gratitude pour la bonté qu'il a montrée envers nous.

Ce sont MM. les professeurs Berger et Reclus, dans les services desquels nous avons appris les premiers éléments de la chirurgie, comme bénévole.

Après avoir accompli notre stage de médecine, dans le service de M. le professeur Gilbert, où nous nous sommes familiarisé avec les difficultés de l'auscultation, nous avons passé une année comme stagiaire encore chez M. le professeur Le Dentu : nous sommes heureux de lui témoigner notre reconnaissance pour les bonnes leçons cliniques dont il nous a fait profiter. Nous ne saurions oublier non plus la sympathie que nous a montrée M. le D^r Mouchet, alors chef de clinique de ce même service. Comme externe nous sommes allé passer une année à l'hôpital Broca, où M. le D^r Thibierge nous a initié à l'étude des maladies cutanées et syphiliti-

ques ; nous conserverons un souvenir ineffaçable de son extrême bienveillance et de la grande bonté dont il fit preuve à notre égard.

M. le professeur agrégé Bar, dans le service duquel nous nous sommes exercé pendant six mois à la pratique des accouchements, nous permettra de lui exprimer notre bien vive reconnaissance pour le précieux enseignement qu'il nous a donné. Après une année consacrée à l'étude des maladies générales dans le service de M. le Dr Florand, nous avons terminé notre externat à l'hôpital Bretonneau, dans le service de M. le Dr Félizet qui nous a chargé du service de la consultation comme externe et comme suppléant d'interne ; nous lui sommes très reconnaissant de nous avoir permis d'acquérir des connaissances pratiques dans la chirurgie infantile.

Il nous reste enfin à remercier M. le Dr Alquier, chef de laboratoire du service de M. le professeur Raymond, c'est lui qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous ne saurions trop louer ici l'amabilité et la cordiale bienveillance dont il n'a cessé de faire preuve vis-à-vis de nous.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

LES RELATIONS EXISTANT ENTRE

LA MALADIE DE DERCUM & L'ADIPOSE SIMPLE

Partisan convaincu de la doctrine évolutionniste, nous avons cru que le célèbre axiome : *Natura non facit saltus*, pouvait trouver dans l'étude des relations existant entre les diverses maladies une application aussi justifiée que celle qu'on en a faite jusqu'ici aux sciences naturelles.

Nous avons cherché notamment, et c'est là le but de notre travail, à montrer qu'il est possible de relier par des formes de passage, l'adipose simple avec l'étrange affection étudiée pour la première fois, par l'éminent professeur de neurologie de la Faculté de Philadelphie.

Voyons d'abord en quoi consiste cette maladie, nous examinerons ensuite la possibilité de la rattacher à l'adipose simple.

Nous emprunterons à MM. Sainton et Ferrand, la description de l'adipose douloureuse de Dercum.

C'est ordinairement chez la femme vers l'âge de quarante ans, tantôt avant, tantôt après la ménopause que cette maladie fait son apparition.

Ce sont généralement les douleurs qui ouvrent la scène, elles sont d'abord spontanées, elles apparaissent en un point déterminé des membres et s'irradient ensuite le long de ceux-ci, elles suivent parfois les trajets nerveux, mais s'en écartent souvent. Quant aux caractères de ces douleurs ils varient suivant les malades ; les uns ont la sensation qu'on leur décolle la peau en la faisant glisser sur les tissus, d'autres éprouvent des élancements douloureux avec l'impression que de l'eau chaude coule le long de leurs membres.

Souvent il est nécessaire d'exercer une certaine pression pour éveiller les douleurs qui n'existent pas spontanément. De plus certaines tumeurs adipeuses sont plus douloureuses que d'autres et chez un même sujet on en trouve d'indolores à côté d'autres qui sont très sensibles.

Rarement ces douleurs sont continues, elles sont plutôt susceptibles d'exacerbations paroxystiques et reparaissent plus vives et plus aiguës après des périodes de calme relatif. Sous l'influence des excès de régime, de l'abaissement de la température, les paroxysmes apparaissent tandis qu'ils s'apaisent par le repos et la chaleur du lit.

Les tumeurs sont tantôt limitées, tantôt diffuses, ce

qui permet de distinguer surtout deux formes : l'une nodulaire, caractérisée par la présence de petits lipomes bien faciles à percevoir et à palper ; l'autre diffuse, envahissant un membre ou un segment de membre et se présentant sous la forme d'un œdème plus ou moins étendu : celle-ci peut être généralisée à tout le corps. Entre ces deux formes prennent place des formes mixtes dans lesquelles on peut sentir au milieu des masses diffuses des portions plus limitées, plus saillantes et plus arrondies, qui sont de véritables nodules.

Dans la forme nodulaire on voit survenir, quelque temps après l'apparition des douleurs, une légère rougeur de la peau avec tuméfaction œdémateuse et mal limitée. Progressivement cette tumeur augmente, par poussées, et c'est seulement lorsque les phénomènes inflammatoires du début ont diminué, que la tumeur persistante devient appréciable.

On sent alors une masse dont la consistance rappelle assez bien celle du lipome, elle est élastique, pseudo-fluctuante, paraissant assez bien circonscrite ou même encapsulée. Le volume varie depuis celui d'une petite noix jusqu'à la grosseur d'une orange. Lorsqu'il se produit des poussées aiguës la tumeur se limite moins bien, elle n'est plus aussi mobile en tous sens ; une sorte d'œdème l'enchaîne et la maintient immobile. On peut souvent faire glisser la peau sur elle ; d'autres fois elle est adhérente au tissu sous-cutané, la peau alors se plisse à sa surface et prend l'aspect sclérodermique.

L'adhérence aux parties profondes (muscles et aponévroses) est fréquente et augmente avec les poussées inflammatoires. La distribution topographique de ces tumeurs est essentiellement variable ; elles occupent sans ordre aucun les membres, le dos ou la poitrine et ne paraissent avoir aucun rapport avec les distributions nerveuses. Les membres sont cependant leur siège de prédilection, avec cette réserve que les pieds et les mains sont toujours respectés ; mais ce fait est bien plus caractéristique encore dans la forme diffuse.

La forme diffuse se présente sous un aspect très différent. C'est habituellement au membre inférieur que l'aspect est le plus caractéristique. Les segments de ce membre ne sont plus séparés ni visibles ; dans toute la hauteur, depuis la cuisse jusqu'aux malléoles, l'œdème transforme le membre en un poteau informe, en une masse à peine plus large à la racine de la cuisse qu'au niveau du cou-de-pied et au milieu de laquelle les saillies articulaires du genou disparaissent plus ou moins complètement.

Le caractère le plus remarquable de cet œdème est la manière dont il se limite à la partie inférieure ; il forme en effet un bourrelet, saillant souvent de plusieurs centimètres au-dessus des malléoles, dessinant la forme dite du pantalon de zouave.

Au-dessous de ce bourrelet, la cheville et le pied apparaissent sains et normaux, ne participant jamais à l'œdème, et semblent en émerger comme d'une manche trop large.

Le membre inférieur n'est pas seul atteint. L'œdème envahit aussi souvent le membre supérieur et y revêt les mêmes caractères. Toutes les saillies musculaires et osseuses disparaissent dans l'adipose et seule la main émerge, paraissant d'autant plus fine qu'elle est toujours indemne.

Les régions les plus souvent atteintes après les membres sont les ceintures scapulaire et iliaque, puis le dos et le ventre qui peuvent prendre un développement tellement étendu que les malades ressemblent à de grands obèses. Mais la face est toujours respectée et ne participe jamais à cette augmentation de volume. La sensation que donne cet œdème à la palpation est un peu variable suivant l'époque de la maladie à laquelle on la considère. Au début, en effet, il est assez mou et dépressible, mais il subit peu à peu la transformation lipomateuse et devient beaucoup plus dur. On ne peut plus ici faire glisser la peau sur les masses infiltrées. Elles paraissent faire corps avec la partie profonde du derme et sont réellement sous-cutanées.

Tantôt l'œdème, après son apparition sur un membre ou un segment de membre, s'y localise et n'a aucune tendance à envahir les autres parties du corps ; on dit alors que la forme est diffuse et localisée. Tel fut le cas d'Oddo et Chassy où seule la jambe gauche de la malade était prise. Dans deux cas de Dercum l'adipose avait envahi seulement le tronc.

Mais souvent l'adipose se généralise, soit succes-

sivement, envahissant les membres l'un après l'autre, soit d'emblée ; c'est la forme diffuse et généralisée qui peut atteindre de grandes proportions. Cette forme est plus rare que les précédentes, la malade de Giudiceandra en était atteinte ; dans un cas de Dercum l'abdomen avait pris un énorme volume, formant un véritable tablier au-devant des cuisses.

Mais on n'observe pas toujours la forme nodulaire ou la forme diffuse à l'état de pureté. Il y a (formant une sorte de transition entre les deux) parfois combinaison de ces deux formes et, au milieu de masses diffuses, on peut palper des nodosités plus ou moins volumineuses, qui font encore saillie sur le membre œdématié.

En somme nodules et œdème, tantôt séparés, tantôt réunis ou superposés, se combinent pour donner à ces malades des aspects un peu différents, mais toujours la face, les pieds et les mains sont indemnes.

L'asthénie est par ordre d'importance le troisième des signes primordiaux de cette affection ; elle ne manque pour ainsi dire jamais, cependant elle est plus ou moins marquée.

Tantôt les malades n'éprouvent qu'une certaine difficulté à exécuter des mouvements violents, tantôt ils demeurent constamment au lit, refusant de se lever et même parfois d'exécuter le moindre mouvement. Cependant ce n'est pas l'adipose qui les empêche de se remuer, puisqu'on observe ce phénomène

même dans les formes nodulaires les plus limitées. Du reste les auteurs qui ont mesuré au dynamomètre la force musculaire de leurs malades l'ont toujours trouvée très bien conservée.

Enfin il nous reste à parler des troubles psychiques qui ont attiré l'attention de tous les auteurs et qui sont assez fréquents. Le malade de Sellerin était taciturne et sa mémoire présentait de grandes lacunes. Celui de Roux et Vitaut était très irascible. La malade d'Oddo et Chessy et celle de Gilbert-Ballet étaient dans un état de dépression mélancolique constante. Une malade de M. Debove était plus curieuse, elle se plaignait constamment des nombreux malheurs qui l'avaient atteinte et cherchait chaque jour à apitoyer sur son sort par des histoires nouvelles ceux qui l'interrogeaient. Il devenait impossible de lui imposer silence quand elle avait commencé à parler et le récit de ses malheurs imaginaires se terminait en général par des crises de larmes,

Les auteurs signalent encore des insomnies, des hallucinations ou un véritable délire de persécution.

On a signalé à côté de ces grands symptômes, un certain nombre de signes secondaires. Les métrorragies sont assez fréquentes, pourtant dans la plupart des cas les malades ont dépassé l'âge de la ménopause, et, malgré cette particularité, surviennent des hémorragies tantôt régulières et mensuelles, tantôt irrégulières et très abondantes. Ces malades paraissent particulièrement sensibles aux chocs qui déterminent le plus facilement du monde des

suffusions sanguines sous-cutanées, liées probablement à des troubles vaso-moteurs.

On observe quelquefois aussi des crampes, du prurit, une diminution d'acuité de tous les sens, de l'épaississement de la peau et même de la sclérodermie véritable.

La maladie dure des années et le plus souvent le sujet succombe, emporté par une affection intercurrente à laquelle il est prédisposé par son inaction.

Après cet exposé clinique de la maladie, nous n'insisterons ni sur l'étiologie ni sur la pathogénie de la maladie de Dercum, au sujet desquelles on a fait les hypothèses les plus diverses depuis l'hérédité, le traumatisme, la ménopause, jusqu'à l'hypertrophie du corps pituitaire, sans négliger d'incriminer l'alcoolisme ou la syphilis.

La maladie de Dercum est-elle une entité morbide ?

L'adipose douloureuse n'est pas une maladie aussi nettement classée qu'on a bien voulu le dire, et si dans de nombreux cas, l'affection se montre avec des caractères particuliers, consistant dans une localisation rigoureuse aux membres et au tronc, mais respectant la face, le cou, les mains et les pieds ; il existe par contre des observations incontestables dans lesquelles on a pu constater une infraction à la règle un peu prématurément établie.

Il existe en première ligne une observation de

Dercum lui-même, au sujet d'une malade atteinte d'adipose douloureuse, mais qui présentait des dépôts adipeux du type nodulaire en différents points de la face.

Parmi les autres observations d'adipose ayant envahi les extrémités des membres, nous citerons la plus intéressante qui est celle de M. Gilbert-Ballet publiée dans la *Presse médicale* du 8 avril 1903.

Il s'agit d'une femme de 68 ans présentant tous les symptômes classiques de la maladie de Dercum, mais chez laquelle furent notées les particularités suivantes :

« Au premier examen, dit M. Gilbert-Ballet, nous
« avons trouvé, comme c'est la règle, les pieds et
« les mains parfaitement intacts ; mais au bout de
« quelques semaines, nous avons vu apparaître à
« la face dorsale du pied un œdème d'abord très
« mou, puis de plus en plus dur. Nous avons songé
« d'abord à rapporter cet œdème à une lésion car-
« diaque ; il existe en effet un prolongement systo-
« lique à la pointe du cœur ; mais bientôt, nous
« avons dû abandonner cette interprétation, quand
« nous avons, au bout de quelques jours, constaté
« que le doigt enfoncé au niveau de la tuméfaction
« ne formait plus de godet et que le tissu cellulaire
« y avait la même consistance et offrait la même
« résistance qu'au niveau des masses adipeuses de
« la jambe. En fait, nous avons assisté à la forma-
« tion de masses adipeuses nouvelles, qui ont suc-
« cessivement passé par les phases d'œdème mou,

« d'œdème dur et enfin d'adiposité ; si bien que « nous sommes porté à nous demander si l'œdème « léger que nous constatons, depuis quelques jours « seulement au niveau des mains, n'est pas, lui aussi, « le premier stade d'une formation adipeuse nou- « velle. »

Ces observations offrent un grand intérêt en ce sens qu'elles montrent nettement que l'adipose douloureuse n'est pas aussi invariablement limitée qu'on l'a dit et que son extension aux extrémités et à la face est possible.

Quant à l'asthénie et aux troubles moteurs on ne les rencontre pas non plus toujours dans l'adipose douloureuse, et tout récemment, le 7 mars de cette année, MM. Crouzon et Nathan ont présenté à la Société de Neurologie, une malade très intéressante à cet égard.

Il s'agit d'une femme atteinte, à la suite de la ménopause, d'une adipose, localisée comme celle de la maladie de Dercum, précédée de douleurs.

L'impotence fonctionnelle était peu marquée et les troubles psychiques nuls.

Etudions maintenant, symptôme par symptôme, les rapports que peuvent présenter l'adipose simple et la maladie de Dercum.

Après avoir examiné, parmi sept ou huit cents femmes de la Salpêtrière, toutes celles qui attiraient notre attention par leur embonpoint exagéré nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

S'il existe des douleurs dans la maladie de Der-

cum, on en trouve également parfois chez des malades atteints d'adipose simple. Tantôt ces douleurs sont à la fois spontanées et provoquées, tantôt spontanées seulement, le plus souvent les douleurs ne se montrent qu'en saisissant à pleine main les masses adipeuses.

Dans la recherche de ces douleurs nous avons toujours eu soin d'examiner les malades au point de vue variqueux et nous n'avons pas tenu compte des douleurs dont se plaignaient les malades et qui pouvaient être attribuées à des varices. Peut-être ne s'est-on pas beaucoup préoccupé de cette question dans la recherche des douleurs sur les malades atteints de la maladie de Dercum, cela n'est pourtant pas d'une médiocre importance.

Nous devons déclarer aussi que nous nous sommes efforcés d'exercer des pressions toujours égales dans la palpation de nos malades, de sorte que nous avons pu nous convaincre que c'était bien l'adipose qui était la cause de cette sensibilité particulière.

Dans les cas où nous avons trouvé des douleurs spontanées, ces douleurs ne survenaient jamais que par accès, aussi bien la nuit que le jour, sans qu'on ait pu leur attribuer une cause prochaine.

Quant à la nature de ces douleurs, les unes les comparent à des élancements, les autres se plaignent de douleurs sourdes, d'autres encore de fourmillements.

L'adipose peut être ou diffuse totale ou diffuse avec prédominance de masses adipeuses en certaines

régions, quelquefois nous avons trouvé aussi un type nodulaire dont nous rapportons d'ailleurs plus loin un exemple.

Quelle que fût la forme d'adipose, nous avons presque toujours trouvé des masses adipeuses dures et très adhérentes à la peau, qu'il était presque impossible de plisser.

Nous avons vu des femmes qui bien que présentant de l'adipose généralisée, offraient cependant, en certaines régions, comme la face postérieure du bras, la face interne des cuisses, ou la partie inférieure de l'abdomen, un développement adipeux considérable, et c'est justement à ce niveau qu'étaient localisées les douleurs que provoquait la pression.

Nous avons trouvé d'autres femmes chez lesquelles l'abdomen formait le tablier dont parle Dercum à propos d'une de ses malades.

Ces masses lipomateuses s'étendaient symétriquement de chaque côté du ventre couvrant les aines et la partie supérieure des cuisses et gênant considérablement ces femmes dans la marche. Cette adipose était diffuse localisée sauf dans un cas où l'on sentait très nettement d'endroits en endroits de petites masses dures du volume d'une petite noix, enfouies au milieu de la graisse environnante et plus particulièrement sensibles à la pression.

Ce qui nous a frappé dans l'examen de ces malades c'est que les mains et les pieds ne sont généralement pas aussi envahis par la graisse que les autres parties du corps, que les mains notamment sont sou-

vent plutôt sèches, et contrastent avec l'adiposité des bras.

Nous avons relevé aussi dans quelques cas, de l'asthénie, les femmes se plaignent de ne pouvoir accomplir parfois certains travaux qu'elles étaient accoutumées à faire, se fatiguant vite et se rendant très bien compte que leur fatigue était hors de proportion avec l'effort accompli.

Chez trois malades nous avons constaté l'existence de troubles psychiques, consistant en perte de la mémoire, transformation du caractère devenu acariâtre et maussade. Deux d'entre elles étaient surtout dans un état de dépression mélancolique très marqué, se plaignant d'avoir eu de nombreux malheurs, d'être délaissées de tout le monde, et terminant leur récit par des larmes.

Nous avons enfin trouvé quelques femmes ayant eu des hémorragies postérieures à la ménopause, et sans cause appréciable, chez l'une il existait des troubles vaso-moteurs très marqués, dans un autre cas une pigmentation du ventre faisant songer au lentigo.

Après avoir ainsi passé en revue tous les symptômes qu'on a l'habitude de rapporter à la maladie de Dercum, nous exposerons, avant de conclure, les observations que nous avons prises sur quelques-unes des malades que nous avons examinées.

OBSERVATION I

Femme, 65 ans.

Cette femme née d'une mère rhumatisante a été particulièrement frappée par la maladie.

A douze ans, elle contracte la variole dont elle porte encore des traces ; à peine remise, deux mois après sa convalescence, elle est atteinte de scarlatine. En 1882 elle a une première attaque de rhumatisme, suivie de trois autres.

Actuellement la malade a une insuffisance mitrale qui l'oblige à garder le lit de temps en temps, et à suivre un régime assez sévère, malgré lequel elle ne maigrit pas.

Elle présente en effet de l'adipose, apparue après la ménopause et sans tendance à l'accroissement depuis plusieurs années.

Cette adipose est surtout développée au niveau de l'abdomen, où l'épaisseur de la couche du tissu adipeux peut être évaluée à dix centimètres environ.

C'est chez cette malade que nous avons observé les petites masses nodulaires dont il a été question plus haut.

Ces nodosités sont très sensibles à la pression et toutes les masses adipeuses voisines sont également le siège d'élancements douloureux spontanés. Une pression modérée exercée en ces mêmes endroits détermine une sensation douloureuse très nette.

Le dos et les fesses ne présentent pas une adipose aussi

considérable que celle du ventre (4 à 5 centimètres). Les membres supérieurs ne sont pas non plus très envahis par la graisse (3 centimètres), les mains sont plutôt sèches.

Les cuisses et les jambes sont assez volumineuses et très douloureuses, mais comme la malade a des varices et de plus une insuffisance mitrale, on ne peut faire équitablement la part de l'adipose dans la production de ces phénomènes.

Cette femme est très nerveuse et a un caractère très irritable.

OBSERVATION II

Femme de 65 ans.

Cette femme n'a pas eu de maladies antérieurement à son adipose, laquelle s'est surtout développée depuis cinq ans. Ménopause à 50 ans.

L'adipose est généralisée, mais plus accusée à la partie inférieure de l'abdomen où le tissu cellulaire atteint une épaisseur de 8 centimètres environ. La face postérieure des bras est également le siège d'une adiposité plus marquée que sur les autres parties des membres supérieurs. Partout où l'adipose est prédominante on observe une légère sensibilité à la pression, de plus il existe en ces divers points des douleurs sourdes spontanées.

Cette femme se plaint de se fatiguer très facilement, elle dort mal, possède un caractère morose, elle dit être triste sans savoir pourquoi.

OBSERVATION III

Femme de 62 ans.

Cette femme n'a aucun antécédent pathologique, elle présente de l'adipose diffuse généralisée, mais on constate au niveau de la région dorso-lombaire, des fesses, du ventre et des cuisses, une couche de tissu adipeux qui varie de 6 à 10 centimètres, les jambes, les membres supérieurs, la face, le cou et la poitrine sont moins envahis par la graisse.

Toutes les parties où l'adipose est plus développée, sont très sensibles à la pression et sont assez souvent le siège d'élancements douloureux spontanés.

Cette femme a un caractère très aigri, elle est mélancolique, pleure facilement et cherche à attendrir ses auditeurs par le récit de ses nombreux malheurs domestiques.

OBSERVATION IV

Femme de 73 ans.

Cette femme a eu la variole vers sa vingtième année, puis ensuite quelques années plus tard elle est atteinte de fièvre typhoïde ; après des hémorragies répétées et abondantes, elle est opérée d'un fibrome en 1883.

L'adipose est ici prédominante sur le ventre (épaisseur de la paroi 7 à 8 centimètres), et les cuisses (4 à 5 centimètres).

Le bras gauche présente au niveau du triceps une adipose plus marquée que du côté droit, facilement appréciable à la vue et au palper et qu'on peut évaluer à 5 centimètres au moins.

Toutes les masses adipeuses sont nettement sensibles à une pression modérée.

Cette femme présente en outre des troubles vaso-moteurs très marqués, et un érythème assez persistant apparaît au niveau des parties palpées.

OBSERVATION V

Femme de 72 ans.

Soignée à deux reprises pour fièvre typhoïde à l'hôpital de la Pitié ; la première fois à l'âge de huit ans, la seconde à 16 ans. Rougeole à 21 ans. Ménopause à 52 ans.

L'adipose est surtout développée au ventre ; de plus, de chaque côté de la ligne médiane de l'abdomen et à la partie inférieure s'étendent deux masses pseudo-lipomateuses en forme de croissant à concavité supérieure et qui retombent sur la partie supérieure des cuisses en formant une sorte de tablier.

Ces masses adipeuses sont sensibles à la pression, mais il n'y a pas de douleurs spontanées ; leur volume est de 35 centimètres de longueur sur 8 à 10 de hauteur au centre du croissant, leur épaisseur atteint 6 à 7 centimètres.

Tout le reste du corps est assez envahi par l'adipose, mais en ces points on ne trouve aucun phénomène douloureux.

OBSERVATION VI

Femme de 70 ans. Pas d'antécédents pathologiques.

Le ventre est le siège d'une adipose diffuse assez considérable, l'épaisseur à ce niveau est d'une dizaine de centimètres. Cette adipose a commencé à se développer il y a quatre ans ; depuis environ deux ans, il n'y a pas eu accroissement de volume de l'adipose.

Toutes les masses adipeuses sont douloureuses à la palpation.

Les membres et le dos ne sont pas très envahis par la graisse.

La malade s'ennuie, elle a des idées noires, dit-elle.

OBSERVATION VII

Femme de 79 ans.

Cette femme, qui n'a jamais été malade, présente à la partie inférieure et de chaque côté de l'abdomen des masses adipeuses nettement circonscrites et analogues comme forme et comme volume à celles décrites dans l'observation V. Seulement, elles en diffèrent en ce qu'on peut constater, au milieu des masses lipomateuses, de petits nodules de la grosseur d'une noisette, qu'on ne peut mobiliser.

On n'observe dans ces parties envahies par le tissu adipeux aucun phénomène douloureux.

Toutes les autres parties du corps n'offrent qu'une adipose assez peu considérable.

Le caractère est très gai.

OBSERVATION VIII

Femme de 70 ans. Pas de maladies.

A toujours été réglée très régulièrement, n'a pas eu d'enfants. Ménopause à 46 ans.

Cette femme présente une adipose diffuse généralisée de tout l'abdomen, douloureuse à la palpation. L'épaisseur de la couche graisseuse atteint de 8 à 10 centimètres. Les membres, le dos et les fesses sont peu envahis par la graisse et ne sont le siège d'aucune douleur.

OBSERVATION IX

Femme de 60 ans.

Atteinte de rhumatisme déformant depuis seize années. Ménopause à 54 ans.

L'adipose est généralisée, mais prédominante au ventre et aux cuisses, qui sont sensibles à la pression.

Son adipose a débuté avec la ménopause et s'est beaucoup accrue depuis deux ans.

La malade a une sœur, atteinte également de rhumatisme déformant et qui présente aussi de l'adipose.

OBSERVATION X

Femme de 35 ans. Traitée à 8 ans pour une chorée et guérie. A 27 ans, grattage au niveau de la face dorsale du carpe gauche.

Atteinte en 1900 d'une monoplégie de la jambe droite, la malade garda le lit pendant huit mois. Ensuite elle put marcher environ deux mois en s'aidant d'une canne, puis elle s'alita de nouveau, frappée de paraplégie.

Aujourd'hui la malade présente de la contracture de ses membres inférieurs, avec trépidation épileptoïde, pied bot paralytique gauche, anesthésie complète depuis la ceinture jusqu'aux pieds et paralysie des sphincters.

Cette femme présente une adipose énorme et généralisée, qui a débuté il y a cinq ans ; ce qu'il y a de plus intéressant chez elle, c'est le contraste qui existe entre les avant-bras et les mains. On voit, au niveau des poignets une sorte de bourrelet très net, qui sépare visiblement les deux segments du membre, et qu'on peut mettre encore bien mieux en relief en faisant relever la main sur l'avant-bras.

La malade n'accuse pas de sensibilité particulière dans ses masses adipeuses. Elle présente un léger degré d'asthénie.

Menstruation très irrégulière.

CONCLUSIONS

Après toutes ces observations nous conclurons que l'on s'est peut-être un peu trop hâté de faire de la maladie de Dercum une entité morbide, étayée sur des symptômes invariables, ne faisant jamais défaut ; nous croyons au contraire, après avoir considéré toutes les formes de transition qu'on rencontre dans l'adipose, que ce syndrome a besoin, pour être classé définitivement, de recherches sérieuses et nombreuses.

Aucun des symptômes que nous avons passés en revue n'est absolument pathognomonique de la maladie de Dercum ; de sorte qu'on est ainsi conduit à admettre que les diverses formes d'adipose ne sont que les maillons d'une même chaîne qui par transition insensible mène des formes les plus simples jusqu'aux plus complexes.

Vu : le Président de la thèse,
RAYMOND

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD